Rok XXVIII. Kraków, 8 Czerwca 1889. Nr. 23.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rocznie: | w Austryi 8 złr. 80 ct. | w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr. | w Niemczech 14 mk. | we Francyi 24 fr. |
| Półrocznie: | „ 4 „ 40 „ | „ „ „ „ 3 „ | „ 7 „ | „ 12 „ |
| Kwartalnie: | „ 2 „ 20 „ | „ „ „ „ 1½ „ | „ 3½ „ | „ 6 „ |



## I. O niektórych dotąd nie uwzględnionych szczegółach klinicznych i anatomicznych w przebiegu wrzodu okrągłego i tak zwanego nieżytu kwaśnego żołądka.

Podali
proff. Korczyński i Jaworski.

I.

Spostrzeżenia kliniczne kilku autorów: Rothschilda[1]), Veldena[2]), Cahna i Mehringa[3]), Korczyńskiego i Jaworskiego[4]), Rigla[5]), Vogla[6]) i Ewalda[7]), wykazały, że wydzielanie kw. żołądkowego w przebiegu wrzodu okrągłego żołądka jest więcéj nasilone, niż w stanie prawidłowym. Podczas gdy wszyscy inni autorowie badając żołądek tylko podczas trawienia utrzymują, że w przypadkach wrzodu okrągłego zachodzi tylko nadmierna kwaśność podczas trawienia (*hyperaciditas digestiva*), to my badając żołądek w różnych porach dnia znaleźliśmy w przypadkach wrzodu okrągłego w żołądku zupełnie czczym znaczniejszą ilość soku żołądkowego o wysokiéj kwasocie, czyli zwiększone trwałe wydzielanie tegoż (sokotok Reichmana). A takich przypadków ogłosiliśmy[4]) w roku 1886 dwadzieścia cztery. Obserwując odtąd ściśléj tego rodzaju chorych znaleźliśmy jeszcze inne zboczenia tak czynnościowe, jakoteż anatomiczne, o których dotąd tylko nawiasowo częściowa wzmianka*) uczyniona została.

Już we wymienionéj naszéj rozprawie z r. 1886 przytoczyliśmy przypadki wrzodu okrągłego, w których kwasota pochodząca od kw. solnego w charakterystyczny sposób się zmieniała; a mianowicie, że pomimo zabiegów leczniczych jak przepłukiwań, stosowania alkaliów, przestrzegania dyjety itd., kwasota treści żołądkowéj z biegiem czasu się wzmagała, zaczem szło pogorszenie objawów podmiotowych i przedmiotowych. W przypadku wrzodu opisanym tam w ustępie I. (J. D. l. 64) wynosiła kwasota miazgi pokarmowéj, pochodząca od kwasu solnego 40 i 50, po 11 miesiącach zaś 70, poczem na trzeci dzień po badaniu nastąpił krwotok żołądkowy, a treść krwawa wykazywała kwasotę 70 i wolny kw. solny. Chory ten wyzdrowiał z tego krwotoku, przyszedł nawet do pierwotnego dobrego odżywienia i ciężaru ciała, ale ostatecznie po roku wskutek ponownego kilka dni trwającego krwotoku umarł. Podobny stosunek wykazuje także przypadek II. tamże opisany. Jednak najwięcéj charakterystycznym pod względem zachowania się kwasoty soku żołądkowego w przebiegu wrzodu przedstawia się przypadek przez dłuższy czas w klinice lekarskiéj obserwowany, który nam pozwolił wglądnąć także w sprawę anatomiczną zboczenia czynnościowego, dotąd jeszcze przez nikogo dokładnie nie badaną.

Przypadek I. Przebieg wrzodu obserwowany przez 2½ roku. Sekcyja: (Nr. Dzien. klin. 56 z r. 1885).

T. Ł. lat 57, przebył w 23 roku życia żółtaczkę, potem zimnicę przez 3 lata trwającą. W 35 roku życia przez trzy miesiące chorował na biegunkę. Po ustąpieniu téjże czuł się stale zdrowym i dopiero od kilku miesięcy doznawał po zjedzeniu niektórych pokarmów odbijań, a przed dwoma tygodniami po obfitym obiedzie uczuł wieczorem silny ból, któremu towarzyszyły wymioty całą noc się powtarzające, a zawierające tylko miazgę pokarmową. Na drugi i trzeci dzień wymioty się powtórzyły, a wymiociny były barwy ciemnéj, poczem wymioty ustąpiły, lecz znaczne bóle w żołądku się utrzymują. Stolec od kilku dni zaparty. Chorego przyjęto do kliniki lekarskiéj 26 listopada 1885, gdzie pozostawał do 4 grudnia 1885. Badanie kliniczne wykazuje osobę dobrze zbudowaną, dość dobrze odżywioną z językiem miernie obłożonym i oprócz trwale utrzymującego się pluskania w okolicy żołądka, która przy ugniataniu nie okazuje się wcale bolesną, żadnych zmian przedmiotowych wykazać nie można. Ciężar ciała 53½ kg. Pierwszorazowe badanie żołądka czczego wykazuje ciecz bezbarwną bez resztek pokarmów o kw. 32 z wybitnem oddziaływaniem na HCl., trawiącą białko w godzinę, nie zawierającą kw. organicznych; pod mikroskopem wielokątne komórki ziarniste, komórki wałeczkowe przybłonka, resztek pokarmów brak. W ciągu pobytu w klinice pojawiły się raz wymioty cieczą cisawo-zabarwioną o przesączu bezbarwnym, kw. 35·0, o wyraźnem oddziaływaniu na HCl (przy badaniu barwikiem anilinowym fiołkowym), sztuczne trawienie postępuje szybko, oddziaływanie na peptony bardzo wybitne.

*) Zarys patologii i terapii chorób żołądka. Napisał Dr. W. Jaworski. Warszawa, 1889, p. str. 9.

Mocz przedstawiał ciężar gat. 1·014—1·035, oddziaływanie kwaśne, chlorki prawidłowe, tylko raz w dzień wymiotów okazały się chlorki zmniejszone przy ciężarze gatunkowym moczu 1·035. Chory opuścił klinikę bez przypadłości żołądkowych. W domu używał za kilkoma nawrotami wody karlsbadzkiéj, miał się zupełnie dobrze, jadał wszystkie pokarmy bez dolegliwości, tak, iż odżywienie jego było znakomite. Dopiero z końcem lutego 1888 pojawiła się bezsenność, a nadto nudności, odbijania, i bóle w okolicy żołądka, a stolec stał się nieregularnym. Z początkiem marca pojawiły się oprócz bólów wymioty cieczą ciągnącą się i kwaśną.

Chorego przyjęto powtórnie do kliniki lekarskiéj dnia 7-go marca 1888 roku. Badanie wykazuje dobre odżywienie, skórę prawidłowo zabarwioną, podściółkę tłuszczową dobrze rozwiniętą. W narządzie trawienia zboczeń żadnych wykazać nie można, jak tylko bolesność dotykową w dołku podsercowym i pluskanie w żołądku o każdéj porze dnia. Ciężar ciała $59\frac{1}{2}$ kg. Z obserwacyi chorego podczas powtórnego pobytu w klinice wyjmujemy następujące ważniejsze szczegóły.

a) Objawy ze strony żołądka.

Dnia 8 marca wydobyto naczczo 80 cm.³ treści żołądkowéj bezwarwnéj, opalizującéj, ze strzępami tylko białemi bez śladów pokarmów. Kwasota jéj 21, oddziaływanie na kw. solny (badając papierkami kongowemi, tropeolinowemi, rozczynem fluoroglucynowo-wanilinowym) bardzo wyraźne, kwasu mlekowego zupełny brak. W nocy tego samego dnia pojawiły się wymioty wodniste o kwasocie 30 z oddziaływaniem wyraźnem na kw. solny i peptony, kw. mlekowego w nich brak.

Dn. 9 marca zwymiotował chory około pół litra fusowatego płynu, którego przesącz barwy blado-słomkowéj wykazywał kwaśność 42 i silne oddziaływanie na HCl.

Dn. 10 marca pojawiły się pomimo wstrzymania się od pokarmów dwa razy fusowate wymioty w ilości po pół litra o kw. 56 i 60.

Dn. 11 marca pojawiły się jeszcze fusowate wymioty o kwasocie niższéj, bo 40, i odtąd ustały na dni sześć.

Dopiero dn. 17 marca zwymiotował chory bez widocznéj przyczyny przeszło jeden litr smołowo-czarnéj masy, któréj przesącz okazywał kwasotę 75 i wszystkie oddziaływania na HCl.

Stosowano w czasie powyższych przypadów czopki z ergotyną i makowcem, krople kokainowe, magisterium bismuthi c. belladonna i żywiono chorego za pomocą lewatyw odżywczych. Wymioty krwawe ustąpiły. Chory uczuwając ciągłe pragnienie i głód począł od 29/3 jadać jaja na miękko, a w kilka dni późniéj befsztyk, nie doznając początkowo żadnych dolegliwości.

Dopiero 11 kwietnia, gdy chory robił przygotowania do opuszczenia zakładu klinicznego, dostał nagle wymiotów, wyrzucając w trzech nawrotach miazgę pokarmową płynną, żółtawą bez śladów krwi o kw. 70 i bardzo wyraźnem oddziaływaniu na HCl.

Dn. 12 kwietnia zwymiotował chory około $1\frac{1}{2}$ litra gąszczu fusowatego, którego przesącz wykazywał kwasotę 90 pochodzącą od HCl.

Dn. 13 kwietnia pojawiły się znów w dwóch nawrotach takie same wymioty fusowate, również o kw. 90, pochodzącéj od HCl., przyczem chory poczuł nagle silny ból w brzuchu, poczem wystąpiła bladość i obniżenie ciepłoty skóry, oddech nieregularny, zapad i śmierć tego samego dnia.

b) Stolce bywały zwykle zaparte, albo prawidłowo ubarwione, albo czarne a mianowicie d. 28 i 29/3.

c) Ilość dzienna moczu wahała się między 500 a 1500 cm.³. W czasie obfitych wymiotów, jak 12/3, była ilość najmniejsza, zaś 28/3 największa. Ciężar gatunkowy zwiększał się w miarę zmniejszania się ilości moczu i wynosił od 1·014—1·035. Oddziaływanie moczu było do 27 marca kwaśne, od tego dnia aż do końca obojętne lub alkaliczne.

d) Ciężar ciała wynoszący dn. 9 marca $59\frac{1}{2}$ kg. spadł do 10 kwietnia na 54 kg. Ciepłota ciała była stale prawidłowa.

Badanie pośmiertne wykonane w zakładzie patologicznym prof. Browicza przez Dra Krokiewicza wykazało:

Żołądek w części podstawowéj rozszerzony, połączony ścisłemi zrostami łączno-tkankowemi z dolną powierzchnią wątroby i trzustki, zawiera mierną ilość treści fusowatéj, zmieszanéj z wydzieliną śluzową. Na tylnéj ścianie w odległości jednego centymetra od odźwiernika otwór wielkości centa, kształtu okrągławego, lejkowato drążący w głąb, ściśle za pomocą zbitéj tkanki łącznej stanowiącéj dno, połączony z głową trzustki, podminowujący ściany żołądka i dwunastnicy. W odległości czterech centymetrów, ponad otworem w części odźwiernikowéj, dwie blizny, jedna podłużna, okrągława, zawierająca ślad rozłożonego barwika krwi. Rozrost tkanki łącznéj w okolicy otworu i blizna zajmują tkankę podśluzową, mięsną i powłokę otrzewnową. Część odźwiernikowa węższa, a powyżéj otworu i blizn, tkanka mięsna okrężna przerosła, luźnie połączona z warstwą podśluzową. Błona śluzowa żołądka szarawo-łupkowo zabarwiona, rozpulchniona, na szczytach nielicznych fałd nastrzyknięta, w dnie i w części odźwiernikowéj okazuje nieliczne rozsiane płaskie wyniosłości. Błona śluzowa dwunastnicy zasiana drobnemi wynaczynieniami, pulchna, pokryta obfitą wydzieliną śluzową, zmięszaną z żółcią. Jama brzuszna zawiera około trzech litrów cieczy mętnéj fusowatéj. Na torebce wątrobowéj i pętlicach jelit cienki pokład wysięku włóknikowego. Otrzewna ścienna, szczególniéj w górnéj części, mętnawa, pozbawiona połysku. Błona śluzowa dolnéj części przewodu pokarmowego nie okazuje zmian. Kiszki wypełnione znaczną ilością zbitego kału. Gruczoł krokowy przerosły, tkanka łączna okołonerkowa opatrzona znaczniejszą ilością tłuszczu. Nerki, moczowody i pęcherz nie okazują zmian patologicznych.

Rozpoznanie anatomiczne: *Ulcus rotundum ventriculi perforans ad partem posteriorem regionis pyloricae circumstriptum, subs. peritonitide septica*; *cicatrices pylori, gastrectasia et hypertrophia stratus muscularis*; *catarrhus ventriculi chronicus cum hyperplasia mucosae ventriculi*; *catarrhus duodeni acutus*; *concretiones ventriculi cum hepate et pancreate*.

Badanie mikroskopowe podamy poniżéj.

Drugi przypadek dotyczy wrzodu obserwowanego przez $3\frac{1}{2}$ roku u chorego z prądkami gruźlicznemi w plwocinach:

Szymon Zw., handlarz z Buczacza, (Nr. *Dz. klin.* 134 z r. 1889) l. 26, żonaty, podaje, że przed dwoma laty pojawiły się przypadłości gastryczne, polegające na uczuciu gniecenia, a niekiedy nawet bólów w dołku podsercowym, przyczem pragnienie się wzmagało, a łaknienie stało się zmienne, raz zmniejszone, drugi raz zwiększone; stolec zaparty. Przytem chory czuje się osłabiony tak, że gdy dawniéj mógł z łatwością dźwigać worki z mąką, obecnie chodzenie go męczy. Równocześnie miał ciężar ciała znacznie opaść. Chory przyjęty do kliniki lekarskiéj dnia 19 grudnia 1885 r., przedstawia wejrzenie powłok blade, podściółkę tłuszczową w małéj ilości jeszcze utrzymaną, ciężar ciała 48 klg. Bolesność dotykowa w okolicy żołądka nieznaczna, natomiast uskarża się chory na dobrowolnie po jedzeniu często występujące bóle. Mocz prawidłowy. Przy badaniu żołądka czczego wydobyto 50 m³ cieczy zielonkowato żółtéj, śluzowéj, o kw. 40, bardzo wyraźnem oddziaływaniu na HCl, a słabym na peptony, siła trawiąca znaczna, brak kw. mlekowego, jako też innych składników. Następnego dnia wydobyto po wlaniu 100 cm³ aq. d. do żołądka czczego 120 cm³ cieczy cytrynowożółtéj o kw. 9·6 i wyraźnem oddziaływaniu na HCl. Pod mikroskopem: jądra ciałek wypocinowych, ciałka śluzowe i ślimacznice*) już dawniéj w naszéj klinice dostrzegane.[8]) Przy dalszéj obserwacyi chorego okazało się, że przypadłości gastryczne się nie zmniejszały, siła i ciężar ciała się nie wzmagały, a w styczniu 1886 spostrzeżono w obydwu szczytach płucnych przytłumienie i nieliczne rzężenia drobnobańkowe mokre. Badanie plwocin wykazało obecność prątków gruźliczych. Dnia 23/1 1886 opuścił chory zakład z rokowaniem złem.

D. 8 listopada 1886 r. przedstawił się chory powtórnie, opowiadając, że po opuszczeniu kliniki jeszcze więcéj opadał na siłach i ciężarze, a „opuszczony przez lekarzy,“ przepędził lato przeważnie w pobliskim lesie i żywił się nadzwyczaj forsownie: mlekiem, jajami, mięsem i winem, wskutek czego począł do sił przychodzić, a ciężar ciała się podnosić. Chory przedstawił się nam w powyższym dniu do niepoznania dobrze odżywionym i czerstwo wyglądającym, ciężar ciała podniósł się o 32 klg.,

* Prof. Browicz uproszony do zbadania tych mikroskopowych postaci, uważa je za tożsame z ciałkami myelinowemi (*Myelintröpfchen*), jakie w tkance nerwowéj, np. rdzeniu, się napotyka.

gdyż wynosił 80 klgrm.: poprzednich objawów przysłuchowych w płucach nie można wyśledzić, a z poprzednich objawów wypukowych pozostała tylko ledwie dostrzegalna zmiana po nad obojczykiem prawym. W żołądku czuje jednak chory jeszcze pewnego rodzaju gniecenie po spożyciu pokarmów. Przy badaniu wewnętrznem zdołano rano na czczo wyciągnąć 30 cm$^3$ cieczy żołądkowej mętnej, białawej, a przesącz jej opalizujący wykazuje kwasotę 50, bardzo silne oddziaływanie na HCl i peptony, trawienie sztuczne w sześciu godzinach ukończone, brak kwasu mlekowego, jako też innych składników. Pod mikroskopem nie ma resztek pokarmów i ślimacznic, tylko jądra ciałek wypocinowych, gdzieniegdzie jądra ciałek śluzowych. Po wlaniu zaś 100 aq. d. do żołądka czczego w dniu następnym, otrzymano 105 cm$^3$ cieczy bezbarwnej o kw. 6·0. Chory odszedł do domu.

Dopiero d. 1 marca 1889 zjawia się pacyjent znów w zakładzie klinicznym i podaje, że od pół roku stan jego zdrowia się pogorszył, począł doznawać pieczenia w żołądku i w gardle, smaku kwaśnego w ustach, pobudzania do wymiotów, silnego pragnienia i bardzo zmiennego łaknienia. Z powodu tych przypadłości wywołuje sobie pacyjent sam wymioty przez podrażnienie połyku palcami. Przed sześciu miesiącami były obfite wymioty czarne smołowe, a takie same pojawiły się przed czterema miesiącami i od tego czasu począł chudnąć i opadać na ciężarze. Chory badany w klinice okazuje odżywienie dobre, tkankę tłuszczową utrzymaną, ciężar ciała 60$^1/_2$ klg. Odgłos wypukowy w obydwu szczytach stłumiony bębenkowy. W szczycie lewym wdech słaby, nieoznaczony, wydech słabo słyszalny. W szczycie prawym wdech szorstko pęcherzykowy, wydech zbliżony do oskrzelowego. Rzężeń żadnych nie ma. Wynik badania na prątki gruźlicze ujemny.

W ciągu tygodniowego pobytu chorego w zakładzie klinicznym zauważono następujące ważniejsze szczegóły:

D. 2/3 naczczo wyciągnięta ciecz żołądkowa szarawa w ilości 230 cm$^3$, zawiera resztki pokarmów opadające na dno, a przedstawiające się pod mikroskopem jako tłuszcz i skrobia; przesącz o kw. 65 daje wszystkiemi odczynnikami oddziaływanie na HCl, jako też na peptony, brak oddziaływania na kw. mlekowy odczynnikiem Uffelmanna. Mocz w ilości 900 cm$^3$ c. g. 1·035, oddziaływania alkalicznego, słaby tylko ślad chlorków.

D. 3/3 wyciągnięto na czczo taką samą ciecz ze żołądka o kw. 100 i o tych samych składnikach co i dnia poprzedniego. Mocz c. g. 1·039 oddziaływania alkalicznego, osad z fosforanów, zaledwie ślad chlorków.

D. 4/3. Wymiociny, które chory sam sobie z powodu dolegliwości żołądka dwukrotnie sprowadził, przedstawiają się jako ciecz biaława w ilościach 1 i 1$^1/_2$ litra o kw. 79 i 82 i składu chemicznego, jak treść żołądkowa dni poprzednich. Mocz o ciężarze g. 1·036, alkaliczny, chlorków wcale nie zawiera.

D. 5/3. Wymiociny przez samego chorego wywołane przedstawiają kwasotę 85 i ten sam skład chemiczny.

D. 6/3. Aspirowano na czczo około pół litra cieczy brudno-zielonkowato-żółtej z resztkami pokarmów o kwasocie 100, pochodzącej tylko od HCl. Moczu 700 cm$^3$ c. g. 1·037; zaledwie ślad oddziaływania kwaśnego, chlorków niema. Ciepłota ciała była przez te dni prawidłową.

D. 7/3. Chory opuszcza zakład w stanie pogorszenia.

Z przypadków przez nas już ogłoszonych (l. c.), jako też z powyżej przytoczonych, jak również z trzech niżej mających się opisać, okazuje się:

1. Że w przypadkach, w których istniały jakiekolwiek objawy wrzodu, napotykaliśmy wydzielanie kw. solnego zawsze utrzymane.

2. Że istnieje bardzo wiele przypadków wrzodu, w których to wydzielanie co do jakości i ilości kwasu żołądkowego jest zwiększone (*hyperchlorhydria, hyperaciditas secretoria*).

3. Że nasilenie nadmiernego wydzielania kw. żołądkowego się zwiększa, równocześnie ze zwiększeniem się przypadłości podmiotowych i przedmiotowych; największe nasilenie bywa w czasie krwotoków żołądkowych. Tak jakościowe jako też ilościowe podwyższenie się wydzielania soku żołądkowego nie zawsze wymaga długiego czasu, w pewnych przypadkach może to nastąpić już w przeciągu kilku dni.

4. Że to zwiększone wydzielanie soku żołądkowego jest trwałe, niezależne zupełnie od wprowadzonych pokarmów i odbywa się także w żołądku czczym (*hypersecretio continua chronica*).

5. Że mocz w miarę zwiększania się wydzielania soku żołądkowego staje się skąpszym, o wyższym ciężarze gatunkowym, mniej kwaśnym, a nawet alkalicznym, z chlorkami zmniejszonemi, lub zupełnie ustępującemi. O tych wielce zajmujących szczegółach będzie jeszcze mowa przy końcu niniejszej rozprawy. Na tem miejscu nadmienić tylko musimy, że pojawienie się moczu alkalicznego, a jeszcze więcej zniknięcie chlorków w przebiegu wrzodu okrągłego, należy uważać jako objaw dla rokowania niepomyślny.

Ponieważ, jak wiadomo, znaczna część chorych na wrzód okrągły, nawet po wielkich krwotokach przychodzi do zdrowia, zachodzi pytanie, w jaki sposób zachowuje się zwiększone wydzielanie soku żołądkowego po ustąpieniu przypadłości wrzodu. W tym kierunku mamy w naszej obserwacyi od 3$^1/_2$ roku bardzo pouczający przypadek wrzodu okrągłego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

## II. Z zakładu anatomii patologicznej w Krakowie.

## Miednica skośnie ścieśniona skutkiem złamania.

(z 4-ma rysunkami litografowanemi).

Opisał

Dr. Antoni Mars,

Docent położnictwa Uniw. Jag.

(Dokończenie. Patrz Nr. 22).

Jak nam wiadomo z wywiadów, osoba do której miednica należała, zmarła licząc lat 50, a złamanie powstało u niej w 37 roku jej życia. Z tej okoliczności, jako też wnosząc i ze stanu kości krzyżowej i lewej kości bezimiennej, przypuścić należy, że miednica ta przed złamaniem musiała być dobrze wykształconą. Uraz, który złamanie tej miednicy wywołał, był bardzo silny i działać musiał od strony prawej i od przodu. Przypuszczenie to czynimy dlatego, ponieważ z obecnego zachowania się okolicy stawu krzyżowo-biodrowego, a mianowicie ze zwężenia skrzydeł dwu górnych kręgów krzyżowych i skrócenia linii bezimiennej po stronie prawej, domyślać się możemy, że okolica wewnętrznego brzegu stawu krzyżowobiodrowego została podczas złamania zmiażdżoną. Skutkiem tego powstała pewna utrata szerokości skrzydła kości krzyżowej i szerokości biodrowej, a nadto wyż opisana kostnina do jamy miednicy lekko wsterczająca, na której śladów stawu nie widzimy. Przypuszczenie to wydawać się może śmiałem, nieumiemy sobie jednak inaczej wytłomaczyć stanu obecnego zatoki krzyżowo biodrowej prawej. Naturalnem dalej jest, że w tej samej chwili, gdy powstało złamanie kości biodrowych, powstały i inne złamania na miednicy spostrzegane; jak niemniej zaprzeczyć się nieda, że uraz sam musiał w pierwszej chwili sprowadzić zmiany w ułożeniu odłamków kostnych. Skutkiem urazu powstać mogło przesunięcie odłamka przedniego kości biodrowej ku tyłowi, wciśnięcie odłamka kości łonowej prawej do jamy miednicy i kątowate załamanie kości łonowej lewej. Trudno nam sobie jednak wytłomaczyć przesunięcie kości biodrowej ku górze. Przesunięcie to byłoby możebne, gdyby uraz działał od dołu. Od dołu zaś mógłby mieć miejsce tylko wtenczas, gdyby działał wzdłuż nogi prawej, czyli, gdyby złamanie powstało skutkiem spadnięcia ze znacznej wysokości na nogę prawą wyprostowaną. Powstanie takie złamania wydaje nam się nieprawdopodobnem, z uwagi, że musiałaby była noga na tem ucierpieć, że musielibyśmy mieć gdzieindziej jeszcze zła-

mania na innych kościach, że złamanie miednicy dotyczyłoby raczéj okolicy panewkowéj lub wreszcie, że byłaby raczéj główka kości udowéj wpędzona do jamy miednicy małéj, jak to autorowie opisują, czego tu nie widzimy. Gdybyśmy wreszcie taki sposób powstania złamania i przesunięcia odłamków przypuścili, w takim razie niemożnaby znów wyjaśnić zmian ułożenia odłamków kości łonowych.

Ułożenie odłamków nadaje naszéj miednicy wejrzenie miednicy skośnie ścieśnionéj, niemogło ono jednak powstać w sposób, w jaki powstają zmiany w przypadkach miednic skośnie ścieśnionych skutkiem zrośnięcia stawu krzyżowo-biodrowego, utraty kończyny dolnéj, zwichnięcia téjże i t. d. W takim bowiem razie musiałyby zmiany powstać w czasie, gdy ta osoba już chodziła, co jest nieprawdopodobnem z dwóch względów:

1-sze w chwili, gdy pacyjentka poczęła już chodzić, upłynęło od chwili złamania dwa miesiące, który to czas, u osoby w sile wieku, bo 37-mioletniéj, wystarcza zupełnie do wytworzenia się stałéj kostniny.

2-gie że gdyby nawet po dwóch miesiącach te zmiany mogły były powstać, musiałaby była osoba ta do podpory używać nogi prawéj, gdyż tylko w razie, gdyby ciężar ciała spoczywał często na nodze prawéi, mogłoby się podobne skośne ściśnienie miednicy wytworzyć. Okoliczności téj drugiéj nie można przypuścić ze względu, że osoba ta aczkolwiek ze złamania wyleczona, kończyną prawą musiała gorzéj władać, że musiała istnieć pewna bolesność w prawéj połowie miednicy, skutkiem któréj raczéj więcéj używała kończyny dolnéj lewéj, aniżeli prawéj. Ciężar ciała u niéj spoczywał częściéj na kończynie lewéj, aniżeli na prawéj, a w takim razie gdyby powstawało zniekształcenie miednicy, musiałby się wzgórek kości krzyżowéj przybliżać do strony lewéj, a nie do prawéj, jak to ma tutaj miejsce. Że ostatnie przypuszczenie jest słuszne, domyślać się można z nieznacznego łukowatego wygięcia kości krzyżowéj wypukłością ku stronie prawéj, które musiało powstać skutkiem wygięcia kręgosłupa w górze ku stronie lewéj, a to ostatnie musiało mieć miejsce, jeżeli osoba ta chodząc przechylała miednicę na stronę lewą, a ciężar całego ciała spoczywał na nodze lewéj. Chodzenie przez lat 13-cie mogłoby zatem wywierać wpływ na miednicę wprost przeciwny temu, jaki wywołał jéj zniekształcenie, czyli chodzenie powinnoby było do pewnego stopnia stopnia wyrównać te zmiany, jakie na miednicy widzimy.

Gdzieindziéj zatem trzeba szukać przyczyny zniekształcenia téj miednicy a mianowicie należy szukać we wpływie mięśni na odłamki kostne przez cały czas gojenia się, gdy chora w łóżku leżała. Na wpływ ten mięśni, na następowe ukształtowanie miednicy zwrócił pierwszy uwagę Gusserow (*Archiv f. Gynaek. Bnd.* XI, s. 276.)

Ułożenie odłamków zdaje nam się wymownie świadczyć o tem, a przynajmniéj wszelkie spostrzegane zmiany dają się bardzo dobrze tą drogą wytłomaczyć. I tak: zaprzeczyć się nieda, że w pierwszych czasach po złamaniu okolica prawa miednicy była bolesna, że wszelkie ruchy ciała całego, miednicy i kończyny prawéj musiały być bolesne. Aby téj bolesności uniknąć, musiała chora starać się zająć po złamaniu takie ułożenie w łóżku, aby o ile możności wyłączyć działanie mięśni przyczepiających się do miednicy. Wszystkich mięśni jednak wyłączyć niepodobna, albowiem niektóre mają działanie sobie wprost przeciwne, działanie zatem pewnych mięśni pozostać musiało i to właśnie wpływało na zmianę położenia odłamków. Że tak jest rzeczywiście, postaramy się wykazać. Mięśnie przyczepiające się do miednicy, należą albo do grupy mięśni brzusznych, albo też do drugiéj grupy mięśni uczepiających się na kończynie dolnéj. Co do pierwszéj grupy to mięśnie jéj zawsze działać musiały, jeżeli powłoki brzuszne były napięte. Gdyby nawet i powłoki brzuszne nie były napięte, to podczas każdego działania tłoczni brzusznéj, podczas oddawania moczu i stolca, przy chrząknięciu, kaszlnięciu, musiały się mięśnie brzuszne kurczyć, nie mówiąc już o usiłowaniach siadania, które chora niezaprzeczenie robić mogła w czasie, gdy kostnina była jeszcze miękką. Działanie mięśni brzusznych musiało koniecznie wywoływać pociągnięcie odłamków ku górze, co też na naszéj miednicy bardzo wyraźnie się zaznacza.

Co do drugiéj grupy mięśni to wśród téjże, jak to już wyżéj nadmieniono, jedne działają wprost przeciwnie, aniżeli drugie; podczas gdy jedne skręcają nogę ku wewnątrz i zginają ją w stawie biodrowym, inne zaś wykręcają nogę na zewnątrz lub wykręcają na zewnątrz z równoczesnem zginaniem w stawie biodrowym. Do pierwszych należą mięśnie największe i najsilniejsze jak: *glutaeus magnus*, *gl. medius*, *gl. minimus*, *tensor fasciae latae*, *sartorius*, *rectus cruris gracilis*, *adductor longus*, *add. magnus*, *add. brevis*, *pectineus*, *biceps femoris*, *semimembranosus i semitendinosus*. Do drugich zaś należy: *pyriformis*, *obturator internus*, *obt. externus*, *quadratus femoris*, *psoas major i iliacus internus*. Przedewszystkiem uderza nas okoliczność, że pierwsza grupa nietylko posiada bardzo znaczne i silne mięśnie, ale w porównaniu z drugą posiada ich liczebnie znacznie więcéj. Instynktem wiedziona musiała się chora starać, w pierwszéj linii wyłączyć grupę pierwszą. Wykluczenie to było bardzo łatwem, jeżeli chora leżała na łóżku spokojnie z nogą wyprostowaną i na zewnątrz skręconą. Jeżeli chora istotnie tak nogę trzymała, to mogły tylko działać mięśnie grupy drugiéj, do któréj zaliczyliśmy mięśnie: *pyrofornis*, *obturator internus*, *obt. externus*, *quadratus femoris*, *iliacus internus i psoas major*, który się do miednicy nie przyczepia, tylko ma z ostatnim wspólne ścięgno. Jeżeli się jednak nad tą grupą mięśni bliżéj zastanowimy, to przedewszystkiem musimy wykluczyć działanie mięśni *psoas major i iliacus internus*, te bowiem skręcają nogę dopiero na zewnątrz wtenczas, gdy ją równocześnie zginają w stawie biodrowym, ponieważ jednak przypuszczamy, a nadto i z wywiadów o zachowaniu się choréj wiemy, że leżała z nogami wyprostowanemi, więc z szeregu działającego wykluczyć je stanowczo możemy. Gusserow (l. c.) opisuje podobny przypadek i podobne wysunięcie odłamka kości biodrowej ku górze, przypisuje wpływ mięśniowi: *iliacus internus*, a może *ileopsoas*. Na wpływ ten zgodzić się nie możemy, a to tem mniéj, że gdyby nawat *musculus iliacus* działał, musiałby na odłamki wywierać wpływ wprost przeciwny działaniu mięśni brzusznych i musiałby pociągać je ku dołowi, co zaś do m. *psoas*. to ten zdaje mi się żadnego wpływu niewywierać. Z pozostałych daléj *musculus pyryformis* nie mógl mieć wpływu na odłamki, bo się uczepia do kości krzyżowéj, zatem tylko wpływ mogły wywierać trzy mięśnie, t. j. *musculus obturatorius internus*, *externus i quadratus femoris*. Mięśnie *obturatorius internus et externus* skręcają nogę na zewnątrz, na miednicę zaś, a względnie na okolicę *foraminis obturatorii*, wywierają wpływ wprost sobie przeciwny. Na naszéj miednicy kość łonowa prawa cała i gałąź wstępująca kości siedzeniowéj zostały na dwie blaszki rozszczepione i na tych uwydatnia się najwymowniéj wpływ tych mięśni na miednicę, blaszki te bowiem daleko od siebie odstają, i więcéj jeszcze jest przesunięta blaszka wewnętrzna, którą pociągać mógł mięsień silniejszy *musculus obturatorius internus*. Nadto jeżeli osoba ta leżała na wznak i noga prawa była w danem ułożeniu ustalona, mięśnie oba wspólnie mogły wysuwać odłamek kości biodrowéj ku tyłowi, co się też w niniejszym przypadku stało. Mięsień wreszcie *quadratus femoris* wobec ustalenia odnogi dolnéj pociągał guz siedzeniowy ku przodowi, zaczem isć musiało przesunięcie kości biodrowéj od przodu ku górze, a od tyłu ku tyłowi, co jest zupełnie naturalnem następstwem działania tego mięśnia, jeżeli uwzględnimy równoczesny wpływ poprzednich mięśni Daléj należy nam wytłomaczyć skręcenie około osi podłużnéj kości krzyżowéj, które powstać mogło tylko skutkiem tego, że w pierścieniu kostnym wszystkie kości miednicę tworzące są za pomocą więzów dośrodkowo ściągnięte i że posiadają dążność odśrodkowego odchylenia. Przekonać się o tem możemy przecinając na miednicy świeżéj spojenie kości łonowych, poczem kości łonowe oddalą się zaraz od siebie. Podobny skutek powstać musiał po złamaniu kości biodrowéj u osoby leżącéj, któréj miednica nie była tułowiem obciążona. W ten sam sposób należy sobie tłomaczyć okoliczność, że na ramieniu poziomem kości łonowéj lewéj odłamki tworzą kąt sterczący ku przodowi, albowiem odłamek

tylny kości bezimiennéj lewéj przodkowym końcem został na zewnątrz odchylony.

Wreszcie pozostaje jeszcze do wytłomaczenia zbliżenie kolca tylnego górnego kości biodrowéj prawéj do wyrostków kolczastych kości krzyżowéj i odchylenie odłamka tylnego téjże kości biodrowéj na zewnątrz; zmiana ta daje się zupełnie wytłomaczyć pociąganiem więzów kolcowo krzyżowych, któremu się odłamek kostny poddać musiał, niepozostając w łączności z dalszym ciągiem kości biodrowéj.

## III. Oceny i sprawozdania.

### Fizyjologija.

Sokołow: **Przyczynek do rozwoju układu nerwowego tamującego u noworodków (układ naczyniowy.)**

Wiadomo, że drażniąc u dorosłych zwierząt koniec obwodowy nerwu językowego, otrzymujemy rozszerzenie naczyń w języku. Wiadomo również, że jeżeli przetniemy jeden nerw kulszowy, to otrzymamy rozszerzenie naczyń na odnodze wskutek przecięcia włókien zwężających naczynia, jeżeli zaś poddamy to zwierzę działaniu wyższéj ciepłoty, to zaczerwienienie odnogi zdrowéj będzie większém niż operowanéj, co dowodzi istnienia w tym nerwie i włókien rozszerzających naczynia. Te to doświadczenia z n. językowym, kulszowym i spółczulnym na szyi przerobił autor na zwierzętach nowonarodzonych i w żadnym przypadku nie otrzymał skutków powyżéj opisanych, co dowodzi, że u noworodków nerwy naczynia rozszerzające zupełnie nie są rozwinięte. Nerwy zaś zwężające naczynia, jak wykazały inne doświadczenia, istnieją i u zwierząt młodych. Spostrzeżenie to ma znaczenie ze względu na regulowanie utraty ciepła ustroju, a mianowicie zwierzęta młode muszą być bardzo mało odpornemi względem ciepłoty podwyższonéj. Rzeczywiście już przy 40°—45°C. giną one bardzo szybko. Na podstawie pewnych rozumowań przenosi autor te wyniki i na noworodki ludzkie i jako jeden z dowodów przytacza chorobę spotykaną tylko w wieku dziecięcym i najczęściéj w zimnéj porze roku występującéj. Jest to mianowicie twardzina noworodków, polegająca na zbladnieniu, stwardnieniu i oziębieniu skóry wskutek zwężenia naczyń skórnych. Przyjąwszy poprzednie wyniki, łatwo wytłumaczyć takie zwężenie brakiem nerwów rozszerzających naczynia, którebymogły przeciwdziałać nerwom zwężającym. (*Wracz*, Nr. 11, 1889). *A. W.*

Dr. Wan-Puteren w rozprawie swojéj p. t. „Materyjały do kwestyi trawienia żołądkowego u dzieci w pierwszych dwóch miesiącach ich życia“ (Petersburg, 1889) sumiennie opracowuje ten prawie dotychczas nieznany przedmiot. Autor wykonał więcéj niż 1000 doświadczeń z przepłukiwaniem żołądka u dzieci, nie spostrzegał jednak nigdy szkodliwych skutków, wynikających z tego zabiegu. Pojemność fizyjologiczną żołądka oznaczał on, ważąc dzieci przed i po doświadczeniu (10.000 doświadczeń), przyczem okazało się, że w drugiéj połowie 1-go miesiąca przyjmują dzieci pokarmu naraz 60—80 grm., rzadko mniéj niż 50 i więcéj niż 90. Pokarm pozostaje w żołądku w ciągu $2^1/_2$ godziny po jego przyjęciu. Kwasota treści żołądkowéj u dzieci jest mniejszą od tejże u dorosłych $2^1/_2$—3 razy, wzrasta ona po przyjęciu pokarmów dosyć równomiernie i dosięga *maximum* w $1^1/_2$ godziny od początku karmienia. Zależy ta kwasota w warunkach prawidłowych wyłącznie od wolnego kwasu solnego. Doświadczenia nad znaczeniem przeciwfermentacyjnem żołądka wykazały, że mikroorganizmy, dostające się do niego z pokarmami, zupełnie nie ulegają zniszczeniu i tem możnaby wytłomaczyć częste choroby przewodu pokarmowego u dzieci szczególnie w gorącéj porze roku. Fermentu podpuszczkowego nie można było wykazać w treści żołądkowéj aż do 2 go miesiąca życia. (*Wracz.* 1889, Nr. 12). *A. W.*

### Patologija.

Wieriużski: **O badaniach krwi w gnilcu.**

Autor zbadał zachowanie się krwi w gnilcu, uwzględniając przytem ilość hemoglobiny, ilość ciałek czerwonych i białych, zmiany w postaci i wielkości ciałek czerwonych, oraz obecność ciałek białych, zawierających rozmaite ziarnistości, przez Ehrlicha wykryte, i zachowanie się płytek Bizzozery. Autor poszukiwał również i mikroorganizmów we krwi, ale téj części swéj pracy nie oglasza, uważa ją bowiem za niewykończoną. Wyniki, do których doszedł, są następujące: krew chorych na gnilec przedstawia zawsze pewne zmiany; zmiany te jednakże są bardzo różne zależnie od ciężkości przypadku, od okresu, w jakim się choroba znajduje, wreszcie od indywidualności chorego. Można było przyjść do pewnych ogólniejszych wniosków dopiero po rozdzieleniu całego przebiegu choroby na 2 okresy: okres rozwoju i okres ustępowania. W pierwszym okresie zmiany, występujące we krwi, odpowiadają zmianom w niedokrewności złośliwéj, w drugim zaś w błednicy. W szczególe zmiany te są następujące: co do wielkości ciałek czerw., to w szkorbucie występuje znaczna ilość ciałek albo większych albo też mniejszych niż zwyczajne (7,7 gr.) i ilość ich dochodzi do 40—50%. Jest to t. zw. mikrocytemija. W pierwszym okresie występują przeważnie makrocyty, w drugim zaś odwrotnie mikrocyty. Kształt ciał. cz. również się zmienia, powstaje t. zw. pojkilocytoza. Ilość ciał. cz. zmniejsza się w przebiegu choroby i waha się między 26—96% prawidłowéj ilości. Ilość hemoglobiny zmniejsza się także i wynosi 30—80% ilości prawidłowéj. Zmniejszenia te rosną równolegle z rozwojem choroby, przyczem z początku zmniejszenie hemoglobiny i c. cz. idą zupełnie w parze, w najwyższym jéj okresie względna zawartość hemoglobiny przewyższa takową c. cz, podczas zaś ustępowania choroby odwrotnie ilość c. cz. wzrasta znacznie szybcéj niż hemoglobiny. Ilość ciałek białych wahała się między 2447 na 1 sz. mm. a 9434 (prawidłowa 5000—6500). W okresie całkowitego rozwoju choroby ilość ich była zawsze mniejszą od prawidłowéj, a w miarę wyzdrawiania zwiększała się tak, że nawet przewyższała prawidłową. Odnosi się to wreszcie tylko do przypadków czystego gnilca nie połączonego z innemi chorobami. Co do jakości ciałek białych, to we krwi dotkniętego gnilcem znajdowała się znaczna ilość ciałek jednojądrowych, mało zawierających pierwoszcza, gdy tymczasem zupełnie odwrotnie bywa we krwi zdrowéj. Znajdował również autor w dosyć znacznéj ilości ciałka z ziarnistością eozinofilną, które u zdrowego człowieka w bardzo nieznacznéj ilości znajdujemy, prócz tego z ziarnistością bazofilną, których u zdrowego zupełnie nie ma i z neutrofilną, która to ziarnistość prawidlowo występuje tylko w komórkach wielojądrowych, a tutaj znajdowała się chociaż nie często i w jednojądrowych. Ilość płytek Bizzozery była zawsze mniejsza niż w stanie prawidłowym. (*Wracz*, Nr. 5, 6, 7, 9, 11, 12). *A. W.*

Prof. Lebediew i Dr. Andrejew. **Przeszczepianie pęcherzy bąbłowca z człowieka królikom. (Doniesienie tymczasowe).**

Nie było dotychczas żadnych doświadczeń, któreby wykazywały, że pęcherze wtórne bąbłowca mogą nie tylko żyć, ale i rozmnażać się w ustroju człowieka, tak, że los ich dalszy był zupełnie nieznanym. Autorowie przeszczepiali takie pęcherze wtórne wzięte z trupa kobiety w trzy dni po śmierci trzem królikom do jamy brzusznéj. Po kilku miesiącach zabito króliki i okazało się, że niektóre pęcherze żyły, otoczyły się osłonką, powiększyły się a nawet się rozmnożyły. (*Wracz* Nr. 12, 1889). *A. W.*

### Choroby wewnętrzne.

Dr. H. Kopt (Maryjenbad): **O nerwicach wywołanych zaparciem stolca nawykowem i ich leczeniu.**

Wiadomo, że najrozmaitsze postacie nerwic stoją w ścisłym związku z przewlekłem zaparciem stolca. Przez dokładnie przeprowadzone wywiady i badanie fizyczne można często wykazać, że zatrzymanie stolca jest wywołane przez różne choroby układu nerwowego, szczególnie mózgu i rdzenia pacierzowego. Odwrotnie ludzie na nawykowe zaparcie stolca cierpiący skarżą się często na pełność i ciężkość w żywocie, nawał krwi do głowy i inne przypady, które sprowadzają hypochondryczny stan nastroju ogólnego, przez co tacy chorzy stają się nieznośnymi dla swego otoczenia. Często trudno jest rozstrzygnąć, czy stan hypochondryczny i nerwowy jest chorobą pierwotną a zaparcie następową, czy odwrotnie. Zdaniem prof. Gussenbauera trzeba w leczeniu licznych nerwic przedewszystkiem starać się o usunięcie zaparcia. Autor uważał u trzech chorych z bólami twarzy zwalniającemi i u dwóch

nerwobólem kulszowym dotkniętych zupełne ustąpienie bólów po dostatecznych codziennych wypróżnieniach w przebiegu kilku tygodni. Nothnagel potwierdza, że czynność kiszek zależy od czynności zwojów jelitowych. Wrodzona słabość mięśni i unerwienia jelit sprowadza przewlekłe zaparcie, które znowu ze swéj strony pociąga za sobą rozmaite zmiany chorobowe i stany nerwowe. Tem się tłómaczy dobry wpływ maryjenbadzkiéj wody na rozmaite stany nerwowe. *(Intern. klin. Rundsch.* 1889, Nr. 13). *Dr. Spira*

Dr. Łunin odczytał na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy chorób dziecięcych w Petersburgu pracę o wpływie rozmaitych sposobów leczenia duru brzusznego u dzieci na ciepłotę i wagę ciała. Autor zbadał 256 chorych, używając do leczenia: 1) kąpieli o ciepłocie 33°; 2) kąpieli z dużemi dawkami chininy; 3) dużych dawek chininy; 4) chininy z antipirynem i 5) rozcieńczonego kwasu solnego. Okazało się, że żaden z tych sposobów nie wywiera szczególnego wpływu na ciepłotę mierzoną 5—10 razy na dobę. Co się zaś tyczy utraty wagi, to najlepsze wyniki otrzymywał autor przy leczeniu obojętnem za pomocą kwasu solnego, a najgorsze przy stosowaniu chininy z antipirynem lub też wanien z chininą. *Wracz*, Nr. 12, 1889). *A. W.*

## Chirurgija.

Heath: **Leczenie dymienicy przez wyłuszczenie zajętych gruczołów.**

H. uważa za wskazany powyższy sposób leczenia w następujących przypadkach: 1) W owrzodzeniach o brzegach podminowanych i przy istnieniu wszystkich objawów rozpadu. 2) W przewlekle zapalnych obrzmieniach, gdy gruczoły znajdują się w rozmaitym okresie przerostu i rozpadu z naciekiem okołogruczołowym, z ropieniem i przetokami. 3) W t. zw. *bubo indolens*. 4) W wszystkich stwardniałych dymienicach z zatokami. 5) W dymienicy czołgającéj się. 6) W obrzmieniach gruczołów w kile pierwszorzędnéj i drugorzędnéj. Zabieg nie ma być ani trudnym, ani niebezpiecznym, wstrzymuje dalszy przebieg choroby i ochrania przed nawrotami. Za pomocą ostréj łyżeczki i trzonka noża usuwa się całą tkankę obumarłą; brzegi podminowane należy usunąć za pomocą nożyczek. Wyłuszczać należy o ile możności jak najwcześniéj, nie zważając, czy można wykazać ropienie, czy nie. Zadawnione przetoki należy rozciąć i przypalić. Wyłuszczenie dymienic kiłowych jest wskazane tylko w pewnych przypadkach i u pewnych tylko osób, mianowicie zołzowych. Po operacyi zaleca H. przypalenie chlorkiem cynku, jodoform, gazę przeciwgnilną, watę sublimatową i trwały opatrunek. Powięź głęboka ochrania wszystkie ważniejsze części. Trzy razy spostrzegana następowa zgorzel moszen jest według H. niesłychanie rzadkiem zdarzeniem, a jako przyczynę przypuszcza raczéj zmianę w odżywianiu (uszkodzenie *n. ileo-inguinalis*), niż przeniesienie się zapalenia. H. przypomina sobie przypadek doszczętnéj operacyi nieodprowadzalnéj przepukliny, w którym nastąpiła zgorzel moszen z zejściem śmiertelnem, rana miała prawidłowe wejrzenie, a przyczyną było według H. zranienie nerwów. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

## Choroby kobiece.

Doc. Gramatikati: **Przyczynek do kwestyi stanu jajników po zupełnem wycięciu macicy.**

Autor w jednéj ze swoich poprzednich prac badał tę kwestyję na królikach i przyszedł do przekonania, że jajniki po wycięciu macicy nie ulegają żadnym zmianom, ani anatomicznym, ani też fizyjologicznym. W takich jajnikach tworzą się pęcherzyki Graafa, pękają, powstają ciała żółte etc. Obecnie mógł autor stwierdzić te wyniki na jajnikach kobiety, która umarła z duru brzusznego i u któréj przed 4 laty wycięto całą macicę. Jajniki jéj pod mikroskopem niczem się nie różniły od prawidłowych. Na podstawie tego twierdzi autor, że przy operacyi wycięcia macicy należy równocześnie wycinać i jajniki. (*Wracz.* 1889, Nr. 14).

*A. W.*

## Choroby oczne.

Hirschberg (Berlin): **O swoistem zapaleniu rogówki.**

H. nie zgadza się na dotychczasowe nazwy *Keratitis profunda, diffusa, interstitialis*, które są nieodpowiednie lub nawet wprost fałszywe; dość często nie ogranicza się zapalenie do saméj tylko rogówki, lecz towarzyszyć mu mogą zmiany wszystkich części oka. Chorobie ulegają nie bardzo małe dzieci, lecz osobniki między 5-tym a 15 tym r. a rzadko po 25 r. Jako środek pomocniczy przy rozpoznawaniu służą wywiady w rodzinie cierpiącego, a względnie przeszłość samego chorego. Najczęściéj poprzedzała, jak to bywa wogóle, kiła w pierwszych miesiącach życia. Z objawów towarzyszących spostrzegł H. względnie rzadko (na 500 przypadków spostrzeganych) kilakowate zniszczenie podniebienia twardego, zapadnięcie nosa, blizny w kątach ust, wielokrotne zapalenie około paznogci i t. d.; już częściéj zauważał uderzającą karłowatość ustroju. Zniekształtnienie zębów Hutchinsona, które według H. napotyka się tylko na zębach trwałych, spostrzegał w 10% przypadków, często zauważał przewlekłą puchlinę stawów i głuchotę. W opisie przebiegu choroby uwydatnia dwie okoliczności dotychczas nieuwzględnione: 1) w tem zapaleniu rogówki prawie zawsze bierze udział tęczówka a dno oka bardzo często (w 16%); przy badaniu wziernikowem znajdował ogniska różowe, białawe lub czarne, przypominające zapalenie siatkówki w kile nabytej jakoteż wrodzonéj; 2) *Keratitis specifica* przebiega zawsze z nowowytwarzaniem się naczyń, które nigdy więcéj nie znikają. H. mógł je wykazać jeszcze w 13 lat po rozpoczęciu się zapalenia, jeżeli rogówka była zupełnie jasną, to zapomocą mocnéj lupy, którą umieszczał za wziernikiem ocznym, tak, że mógł wyzyskiwać obok powiększenia także przeźroczystość środków łamiących; bardzo drobne szarawe obłoczki w rogówce, składające się wyłącznie z nowo wytworzonych naczyń, mają być cechującym objawem kiły dziedzicznéj. Łuszczka jaglicowa różni się od tych naczyń powierzchownem położeniem, obecnością znacznych połączeń i brakiem miotełkowatego rozgałęzienia delikatnych głębokich naczyń; naczynia bielma (leucoma) po wrzodach rogówki ograniczone są ściśle do zaćmionych miejsc rogówki, naczynia zaś po *Keratitis luetica* zachowują się wręcz przeciwnie. Leczenie polega na dłuższem podawaniu rtęci, ewentualnie jodku potasu i jodu z żelazem; niekiedy koniecznem było wycięcie tęczówki, które dobry skutek odniosło. (*D. med. Woch.*) Dr. *Baschkopf.*

## Choroby uszne.

Eitelberg (Wiedeń): **Przypadek wydalenia znacznéj części lewéj bł. bębenkowéj wskutek silnego urazu w czaszkę.**

Ciężka wanna dla ryb uderzyła w głowę 28-letniego człowieka po stronie lewéj. Zaraz wystąpiło krwawienie z lewego ucha, nosa, zawrót i bóle głowy. Przy badaniu błona bębenkowa okazała przedarcie z góry i z tyłu ku przodowi, sięgające aż do górnéj części trzonka młoteczka. Z kątów téj rany krwawiło jeszcze 5 dni w miernym stopniu. Płatek wyższy bł. bębenkowéj 6 mm. długi i 4 mm. szeroki obumarł i szóstego dnia przy sposobności wstrzykiwania został wydalonym. W przebiegu ośmiu tygodni błona zupełnie się odrodziła z pozostałéj małéj wązkiéj resztki pierwotnéj błony. Słuch dla zegarka 12 ctm., dla szeptania 110 ctm. Podczas choroby istniało skąpe wydzielanie surowiczo ropne. (*Ztschrft. f. Ohrenheilk.* Bd. XIX. 2). Dr. *R. Spira.*

Prof. Bezold: **Wyniki statystyczne z zastosowania rozpoznawczego próby Rinnego.**

Podwyższenie przewodnictwa kości głowy przy obecności przeszkód w przewodzeniu tonu w uchu środkowem tłómaczy B. powiększonem napięciem narządu przewodzącego tony, przez co podobnie jak w nici napiętéj warunki fizyczne dla przewodzenia tonu przez ciała stałe stają się korzystniejszemi. Temu teoretycznemu tłomaczeniu sprzeciwia się próba aspiracyi, polegająca na szybkiem wdechaniu przy zamkniętych ustach i nosie. Tutaj mimo powiększonego napięcia błony bębenkowéj i następowego osłabienia percepcyi tonów głębokich przez powietrze, oczekiwane podwyższenie przewodnictwa kostnego nie ma miejsca. Autor stara się usunąć tę sprzeczność tak ważną dla rozpoznawczego znaczenia próby za pomocą strojnika. Zdaniem autora przyczyny niewystąpienia podwyższenia przewodnictwa kostno-bębenkowego przy próbie aspiracyjnéj leżą w napięciu błony okienka okrągłego na zewnątrz przez tę próbę wywołanem, przez co czynność téj błony, umożliwiająca wyminięcie płynu błędnikowego, zostaje upośledzoną. Zgodnie z tem przypuszcze-

niem przewodzenie kostne, jak również powietrzne, zostają upośledzone przez wszystkie sprawy chorobowe, które upośledzają stale zdolność wahania się rzeczonéj błony, nawet w samem zajęciu ucha środkowego bez powikłania ze strony błędnika. (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde* XVIII, 3, 4).

*Dr. R. Spira.*

Treitel (Wrocław): **O pęknięciach błony bębenkowéj z szczególnem uwzględnieniem ich znaczenia sądowo-lekarskiego.**

Autor podziela powszechne mniemanie, że rozdarcie zdrowéj błony bębenkowéj przez uraz bezpośredni bardzo rzadko się zdarza, a gdzie takie uszkodzenie ma miejsce, dotyczy to po największéj części błon schorzałych. Daléj podnosi spostrzeżenie, że nawet znaczne zaburzenia słuchu wskutek pęknięcia błony bębenkowej po dłuższym czasie jeszcze mogą się wyrównywać, co każe być bardzo ostrożnym przy wydawaniu orzeczenia sądowo-lekarskiego. Na dowód dopiero co wypowiedzianego twierdzenia przytacza następujący bardzo w tym względzie pouczający przypadek: po rozdarciu bł. bębenk. w lutym wywołanem lekarz sądowy w maju mógł potwierdzić znaczne zaburzenie słuchu. Ciężka kara zagrażała oskarżonemu. Przypadkowo odroczono termin wyroku sądowego a przy badaniu słuchu w listopadzie znowu przeprowadzonem bystrość słuchu okazała się prawidłową. (*Ztschrft. f. Ohrenheilk.* Bd. XIX. 2). *Dr. R. Spira.*

## Choroby skórne i weneryczne.

A. Bessard: **Antrofor, nowe narzędzie do leczenia chorób cewki moczowéj, kanału macicznego, jamy nosowo-połykowéj, przewodu łzowego, przetok, jako też ran kłutych i postrzałowych.**

Antrofor Frankego składa się z drutu spiralnego gęsto zwiniętego, opatrzonego na jednym końcu gaziczkiem. Drut ten posiada obok elastyczności i zdolności skrzywienia się także dostateczną twardość, tak, że go użyć można jako zgłębnika. Przygotowanie antroforu jest następujące: Do roztczynu gelatyny i gliceryny w stosunku, aby ich punkt topnienia był przy 82° F. dodaje się 2 odsetki kwasu karbolowego, aby mięszanina była aseptyczną, jako też odpowiedni środek w potrzebnéj ilości. W mięszaninie téj ogrzanéj do 86° F. macza się drut, a po wyjęciu i oziębnięciu warstwa pokrywająca drut i zawierająca lek twardnie. To powtarza się tak często, dopóki około guziczka spiralnego nie utworzy się odpowiednio gruba warstwa. Po zamoczeniu narzędzia w zimnéj wodzie wprowadza się je do odpowiedniéj jamy, gdzie zostaje 10—30 minut, podczas których chory musi jak najspokojniéj leżeć; lek rozpuszcza się i styka się z częściami choremi. Jako leku używał B. talinu, jodoformu, azotanu srebrowego, octanu ołowioweg , azotanu bismutowego i kokainy. Według B. antrofor talinowy jest najlepszym środkiem w rzeżączce ostréj i przyostréj. Stosownie do tego, jak daleko w głąb cewki posunęło się zapalenie, ma antrofor różnie wielką długość. Owrzodzenia rzeżączkowe w głębszych częściach cewki leczy w różnym okresie antr. z azot. srebr., w wcześniejszym z jodoformu i to skutecznie (*Viert. f. Derm. u. Syphl.* 1888, zeszyt 5). *Dr. Baschkopf.*

Dietrich: **O macalności gruczołów chłonnych.**

W téj sprawie robił D. pod okiem prof. Penzoldta badania u 439 osób zdrowych (żołnierzy i uczniów) i znalazł w 99% macalne gruczoły. Ta sama odsetka pozostaje, jeżeli wykluczymy towarzyszące choroby skóry (121 przypadków), jako też przypadki, w których krótki czas przed badaniem osoba przebyła jakąś chorobę, która mogła mieć wpływ na powiększenie gruczołów. To jest więc pewnem, że prawie wszyscy zdrowi ludzie okazują w którejkolwiek części ciała gruczoły macalne. Dzieci aż do 12 go roku częściéj mają macalne gruczoły niż dorośli. Liczba macalnych gruczołów w różnych okolicach ciała jest w tych miejscach największą, gdzie w ogóle jest najwięcéj gruczołów; liczba ta z wiekiem się zmniejsza. Badania nad macalnością gruczołów u 50 osób kiłowych, znajdujących się w okresie kwitnienia choroby, wykazały, że obrzmienie gruczołów barkowych nie jest wcale charakterystyczne dla kiły, gdyż ani ich ilość, ani wielkość nie jest w téj chorobie znaczniejszą, przeciwnie nawet znajdowano te gruczoły rzadziéj macalnemi u kiłowych, niż u zdrowych. (*Sitzungsber. d. physic. medic. Societät zu Erlangen*). *Dr. Baschkopf.*

Bangs: **Trwanie zaraźliwości i zdolności dziedziczenia kiły.**

Pod tym względem wypowiada B. następujące twierdzenia: 1) T. z. trzeciorzędne postacie nie są zaraźliwe. 2) Okres zaraźliwości kiły może dobrowolnie zniknąć. 3) Ostateczne granice zaraźliwości można oznaczyć na 5 lat; fakt ten potwierdza także możność powtórnego zarażenia się, którą B. w 11-tu przypadkach w piątym roku spostrzegał. W rozprawie nad tym przedmiotem donosi Keller o przypadku, w którym świeżo kiłą zarażony mąż żony swéj nie zaraził; pierwsze dziecko urodziło się z objawami kiły wrodzonéj, u matki zaś dopiero w 10 dni po porodzie wystąpiła wysypka plamista. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888 z. 5).

*Dr. Baschkopf.*

## IV. Epidemija ospy u Lipowanow.

Skreślił
Dr. Chrząszczewski w Czerniowcach.

W dniu 10-tym lutego 1889 zostałem wysłany przez tutejszy Rząd krajowy do gminy lipowańskiéj *Fontina alba* (Białokiernica), gdzie od miesiąca panowała epidemija ospy. Zanim przystąpię do opisania typu tejże, chciałbym najprzód w krótkości wspomnieć o mieszkańcach gminy, ich zwyczajach i obyczajach, co ze względu na małą ilość Lipowanów w państwie Austryjackiém wydaje mi się godném wzmianki. Pod względem religii należą Lipowanie do t. z. Starowierców. Jest ich w Rosyi około 13 milionów, na Bukowinie około 6 tysięcy, a mianowicie zamieszkują gminę Klimowce i *Fontina alba* niedaleko Seretu i 2 gminy około Suczawy. Za głowę kościoła uznają metropolitę z siedzibą stałą w Fontina alba (obecnie jest nim Afanasij Makarow), a religia ich zbliżona jest do prawosławnéj, z tą tylko różnicą, iż cara rosyjskiego nie uznają za głowę kościoła, dla których to powodów są w Rosyi prześladowani. Duchownych wybierają z pośród siebie, przyczem wymagają od popa swego aby umiał pisać po rosyjsku, odprawiać służbę bożą i był żonatym; w razie bowiem śmierci żony, pop taki musi rezygnować ze swego stanowiska i udawać się do klasztoru. Powtórne żenienie się jest mu wzbronione. Mężczyzna jest u Lipowanów wszystkiem, kobieta prawie niczém. On zawiaduje domem, kieruje wychowaniem dzieci, wykonywa praktyki religijne, ona ograniczona jest niemal wyłącznie do gotowania codziennéj strawy, przepędzając cały czas wolny od tego zajęcia na gnuśném wylegiwaniu na piecu. W ogólności Lipowanin nie bierze wcale kobiet w rachubę, a one same tak zrosły się z charakterem biernego swego stanowiska, o emancypacyi zaś żadnéj wcale nie myślą. Co do sposobu żywienia się, są to niemal *par excellence* wegeteryjanie, a posty zachowują tak ściśle, iż w tym czasie żywią się wyłącznie suszonemi owocami, ziemniakami i chlebem. Oléj, ryby i nabiał są wzbronione. W obec innych wyznań Lipowanie są nader nietolerancey, szczególniéj wrogo usposobieni są względem żydów. We wsi Fontina alba, do któréj jako lekarz byłem delegowany z powodu epidemii ospy, nie ma ani jednéj karczmy, ani jednego izraelity, a z opowiadania mnichów tamtejszych dowiedziałem się, iż przed 8miu laty znalazł się pewien śmiałek wyznania mojżeszowego, który już doprowadził był budowę karczmy dość daleko, gdy w tém jednéj nocy zburzyli Lipowanie całą rozpoczętą budowę tak doszczętnie, iż nawet gruzy porozrzucali w kilkudziesięciumetrowym promieniu od miejsca, w którym budowa się znajdowała. Bardziéj konserwatywnego ludu nie zdarzyło mi się spotkać; żadna nowość, choćby błogie jej skutki były najbardziéj widoczne, nie przyjmie się u Lipowanów, zostawiają oni wszystko saméj tylko naturze, gotowi każdéj chwili do stawienia zaciętego oporu wszelkim innowacyjom, uważając *a priori* każdą z nich za zamach na ich istnienie. Łatwo sobie tedy wyobrazić, z jakiemi trudnościami ma do walczenia lekarz delegowany do przeprowadzenia przepisów sanitarno-policyjnych w czasie epidemii i że bez użycia siły zbrojnéj żaden z tego rodzaju przepisów w życie wprowadzić się nie da.

Ze wszystkich chorób zakaźnych najsilniéj sroży się tu ospa, którą Lipowanie uważają za „złe konieczne“, które każdy z nich przebyć musi i powinien. Lipowanin bez blizn poospowych należy też istotnie do wyjątków, niemal wszyscy przebyli ospę bądź w dziecięctwie, bądź w wieku dojrzałym. Epidemija ospy panuje w Fontina alba zazwyczaj co 8 lub 10 lat, a wtedy dostają ospy wszyscy niemal, którzy jej od czasu ostatniéj epidemji nie mieli, a więc dzieci w tym czasie urodzone i dorośli, oszczędzeni dotychczas przez powyższą chorobę. Wypadków powtórnego zakażenia się jadem ospowym ani jednego nie stwierdziłem, badając pod tym względem 3 epidemije (za czas od r. 1838—1889).

O szczepieniu ochronném między Lipowanami ani mowy być nie może, a to głównie z powodu, że religia ich na takowe nie dozwala. Wprawdzie według zdania jednego z mnichów klasztoru Fontina alba, nie ma w religii Starowierców żadnéj szczegółowéj wzmianki o szczepieniu ochronném ospy, jednakże tłómacze zakonu rozumieją ów zakaz z ogólnéj sentencyi tej treści: „iż człowiek nie powinien się sprzeciwiać niczemu, co Bóg na niego zsyła lub zesłać zamierza, a tém mniéj przeciwdziałać temu.“ Na tej podstawie nie dozwalają się Lipowanie szczepić, a nawet tutejszy Rząd krajowy zastrzega sobie wyraźnie u wysyłanych tamże lekarzy, aby unikali bezwzględnie wszelkiego przymusu w tym kierunku. Z tych powodów przebieg epidemii ospy w gminach Lipowanów jest pod każdym względem odrębny od tego, jaki się gdziekolwiek indziéj przedstawia, tak co do liczby zakażających się podczas każdorazowéj epidemji, jako też pod względem procentu śmiertelności u dotkniętych chorobą. Co do postaci klinicznéj przeważa tu *„variola confluens“* rzadziéj spotyka się *„variola variegata“*; z tego powodu stopień oszpecenia chorych jest nader wysoki, twarz cała pokryta tak szczelnie pęcherzami ospowemi, że ani jednego cm. kwadr. wolnego od pustuł nie widać, gałek ocznych wcale dojrzeć niemożna, a oczodoły wyrównywują się zazwyczaj w ten sposób, że pod ręką przyłożoną na łukach brwiowych i nosie nie ma żadnéj wolnéj przestrzeni. Pod względem przebiegu nie przedstawia tu ospa nic uwagi godnego; to chyba jedno zadziwia, że chorzy zaraz po zamienieniu się pęcherzyków w strupki uważają się za na wpół zdrowych, tak, że dorośli i wyrostki wstają w tym okresie z łóżka i przechadzają się po powietrzu, dzieci zaś nie umiejące jeszcze chodzić, bywają po kilka godzin dziennie około chaty noszone. W ten sposób szerzy się epidemia ospowa u Lipowanów dopóty, dopóki niemal wszyscy mieszkańcy gminy, którzy jeszcze ospy nie przebyli, nie zostaną zakażeni. Najlepiéj uwidocznią to następujące daty statystyczne:

Gmina Białokiernica liczy 900 mieszkańców.

na 900 mieszkańców:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| I. | Przebyło naturalną ospę | z widocznemi bliznami | bez blizn | niedotkniętych ospą | szczepionych było |
| | 853 | 829 | 24 | 47 | 1¹) |
| | Podczas obecnéj epidemii (od 2 stycznia do 10 marca 1889) | | | | |
| II. | zachorowało | wyzdrowiało | umarło | naszczepiono | Uwaga |
| | 156 | 133 | 23 | 1²) | u wszystkich ozdrowieńców wyraźne blizny. |

Jak tedy z pierwszéj części powyższéj tabliczki wynika, zostają ospą nawiedzeni niemal wszyscy mieszkańcy; dla następnéj epidemii pozostaje obecnie tylko 47 ofiar i pokolenie, które się urodzi. Procent śmiertelności w obecnéj epidemii wynosił 10%, w dawniejszych epidemijach dochodził do 30%. Sami mieszkańcy utrzymują, że każda nowa epidemija zabiera mniéj ofiar aniżeli poprzednia, co zresztą niemal do wszystkich chorób zakaźnych epidemicznie się pojawiających zastosować można. Przepisy sanitarno-policyjne wprowadzano w życie przy asystencyi żandarmeryi, jakkolwiek takowa w wielu przypadkach okazała się również niewystarczającą. I tak na zamknięcie szkoły, przenoszenie trupów do kostnicy, grzebanie tychże w przeciągu 24 godzin, godzili się mieszkańcy bez trudności, gdyż i w zwykłych warunkach grzebią swych umarłych zazwyczaj w 10 do 12 godzin po śmierci, mimo zakazu odpowiednich władz. W obec odrażania mieszkań surowym kwasem karbolowym, nakazu przewietrzania tychże i odrażania pościeli, stawiali niemal przez cały czas trwania epidemii skuteczny opór, a miano wicie w ten sposób, iż zamykano szczelnie chaty, w których się chorzy znajdowali, zasłaniano okiennice, lub też zostawiano wprawdzie mieszkania otworem, jednakże chorych z nich wynoszono, niewiadomo dokąd. Mieszkanie odrażane pozostawało zazwyczaj do tygodnia niezamieszkałe, gdyż mieszkańcy twierdzili, iż zapachu kwasu karbolowego znieść nie mogą, a nawet wysłali z tego powodu deputacyję do c. k. Starostwa w Serecie z zażaleniem, iż lekarz przy epidemii truje im chorych. Nic więc dziwnego, że wśród tego rodzaju warunków epidemija szerzyć się musi dopóty, dopóki w ogóle starczy jej ludności. Dziwniejsza nierównie, że Rząd krajowy nie przedsiębrał dotychczas żadnych energiczniejszych środków, któreby miały na celu zmusić uporną ludność do ochronnego szczepienia się. Zważywszy bowiem, że całe postępowanie odrażania jest bardzo niedostateczne, że nawet i to niedostateczne nie bywa ściśle przeprowadzane z powodu uporu mieszkańców, przychodzi się do przekonania, że lekarz podczas epidemii ospy wśród Lipowanów nie wpływa zupełnie na ograniczenie szerzenia się zarazy; główna jego czynność, to spisywanie raportów o chorobie.

Jakkolwiek lekowanie w ospie jest samo przez się mało znaczące, to jednak w braku uporu ze strony otoczenia chorych, możnaby tu i owdzie działać z korzyścią na niektóre powikłania, z których podczas obecnéj epidemii najczęściej spotykałem znaczne krwawienie z nosa lub warg, pokrytych strupami i zajęcie rogówki. W jednym tylko przypadku (u pewnego zamożnego i cokolwiek inteligentniejszego gospodarza), zgodzono się na pomoc lekarską i to z pewnemi ostrożnościami, mającemi na celu utrzymanie w tajemnicy owego niesolidarnego postępowania.

W tak zw. końcowym raporcie znajduje się rubryka, przeznaczona do tego, aby lekarz, wypełniający ją, wypowiedział swe zdanie co do środków zaradczych ku zapobieżeniu epidemji służących. W poczuciu niemal zupełnéj nieskuteczności swego zadania, wypełniłem rubrykę powyższą jednêm tylko słowem: „Impfzwang.“

¹) Jedyny szczepiony, którego w całéj gminie znalazłem, i to tylko aklimatyzowany Lipowanin wyznania grecko-oryjentalnego.

²) Również dziecko szewca miejscowego wyznania grecko-oryjentalnego.

## V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 6 czerwca. N. Pan zamianował profesora szkoły realnéj i docenta prywatnego Dra Waleryjana J a w o r s k i e g o nadzwyczajnym profesorem patologii i terapii szczegółowéj w Uniw. Jagiell.

* Na wczorajszem posiedzeniu po odczytaniu protokółu miał kol. P i e n i ą ż e k zapowiedziany wykład „o laryngofisurze.“ Rzecz tę osnuł kol. Pieniążek na podstawie 12 przypadków przez siebie obserwowanych, a i po części przez siebie operowanych Co do metody sądzi kol. Pieniążek, że powinno się ją robić przy zwieszonéj głowie, celem uniknienia spływania krwi do krtani. Poczem poświęcił prelegent kilka uwag wskazaniom tejże operacyi. W dyskusyi zwraca uwagę prof. O b a l i ń s k i, że pierwszą tego rodzaju operacyję wykonał w roku 1867 celem usunięcia polipa. Oprócz tego przemawiają kol.: S r o c z y ń s k i, B u z d y g a n, P o r ę b o w i c z, przewodniczący i prelegent.

* Otrzymaliśmy list następujący, który chętnie zamieszczamy, w nadziei, że szan. Koledzy, uznając doniosłość zamierzonego wydawnictwa, zechcą poprzeć usiłowania zacnego Kolegi, tak zaszczytnie znanego w piśmiennictwie naszem lekarskiem.

Szanowny Redaktorze!

Przy zamierzonem wydawnictwie nowego S ł o w n i k a j ę z y k a p o l s k i e g o, w którem komitet redakcyjny powierzył mnie opracowanie działu wyrazów lekarskich, udaję się z prośbą do

wszystkich Kolegów, którym słownictwo polskie nie jest obojętnem, o łaskawe nadesłanie (przed 1 września) pod moim adresem, spisu wyrazów technicznych (terminów) łacińskich, francuskich, niemieckich i polskich, z zakresu swojéj specyjalnéj gałęzi, których nie pomieszczono w krakowskim „Słowniku terminologii lekarskiéj polskiéj“ z r. 1881, — a to dla zamieszczenia ich w nowym Słowniku ogólnym. W przekonaniu, że nikt z Szan. Kolegów przysługi téj dla pożytecznéj sprawy odmówić nie zechce, pozostaję z winnem poważaniem *prof. Dr. Łuczkiewicz*, Warszawa, Marszałkowska 94.

* W terminie majowym zdali egzamin rządowy, uprawniający do piastowania posad rządowych pp. Drowie Jan Bednarski z Krakowa, Wincenty Głowiński z Sołotwiny (celująco), Karol Iwański z Radomyśla, Ignacy Januszkiewicz z Biecza, Michał Kowalski, Józef Kownacki z Wieliczki, Emil Lebedowicz ze Lwowa, Wiktor Natter z Krakowa, Józef Szajna z Rymanowa i Filip Schmidt z Krakowa.

* W powiecie sokalskim staraniem lek. powiatowego kol. Broniowskiego nie tylko szczepienie, ale i rewakcynacyja odbywa się krowianką, któréj koszta sprowadzenia pokryje Wydział Rady powiatowéj; również miasteczko Baranów za inicyjatywą kol. Bąkowskiego postarało się, aby wszystkie dzieci tameczne krowianką zostały zaszczepione; wreszcie Wydział powiatowy w Wieliczce przeznaczył kwotę 50 złr. na cel podobny.

* W Cieplicach węgierskich (w Trenczynie) dn. 15 maja otwarte zostały nowe łazienki (Hammam) kosztem 100 000 złr. wybudowane w stylu wschodnim, a urządzone z wielkim przepychem.

* **Wiedeń**. D. 30 maja odsłonięto uroczyście popiersie marmurowe proff. Schuha i Hyrtla w arkadach gmachu uniwersyteckiego. Przemówił przy téj sposobności prof. Albert, podnosząc zasługi obydwóch znakomitych profesorów, z których ostatni, prawie ociemniały, nie tylko na uroczystości był obecnym, ale świetną mową łacińską podziękował za niezwyły zaszczyt i hołd, który mu jeszcze za życia złożono.

* **Nekrologija**. We Wiedniu po długiej chorobie umarł prof. ginekologii i położnictwa Dr. August Breisky; urodzony w r. 1832 w Klattawie w Czechach, był w Pradze uczniem Treitza i Seyferta; od r. 1866 był profesorem w Salzburgu, od r. 1867 w Bernie szwajcarskiem, od r. 1874 w Pradze, skąd przed 3 laty powołany został do Wiednia. — W Petersburgu zmarł prof. Akademii lek. Aleksander Lesz, następca Trappa na katedrze farmakologii.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 22: Bukowskiego: O wyłuszczeniu twardych gazów z macicy za pomocą cięcia w jéj ścianach (c. d.); — W *Wiad. Lek.* Nr. 9 i 10: Pawlikowskiego: Gruźlica we Lwowie; — W *Zdrowiu* Nr. 44: Rauma: Obecny stan wiadomości naszych o wpływie światła na bakteryje; Buiwida: Rys zasad bakteryjologii (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.